

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

1429

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Adolphe, Claude NICOLAS

Né le 10 Décembre 1913, à SAINT-PIERRE-QUILBIGNON (Finistère)

Ancien Interne de l'Hôpital Psychiatrique de la Mayenne

Nosologie
de la mélancolie légitime
Essai
sur la méthode psychopathologique

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Adolphe, Claude NICOLAS

Né le 10 Décembre 1913, à SAINT-PIERRE-QUILBIGNON (Finistère)

Ancien Interne de l'Hôpital Psychiatrique de la Mayenne

Nosologie
de la mélancolie légitime
Essai
sur la méthode psychopathologique

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie.	MM.	ROUVIERE.
Physiologie.	Léon BINET.	STROHL.
Physique médicale.	POLONOVSKI.	Robert DEBRE.
Chimie médicale.	BRUMPT.	BAUDOUIN.
Bactériologie.	PASTEUR-VAL-	LERY-RADOT.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	MONDOR.	LEROUX.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAMPY.	TIFFENEAU.
Pathologie médicale.	AUBERTIN.	TANON.
Pathologie chirurgicale.	BALTHAZARD.	LEVY-VALENSI.
Anatomie pathologique.	Henri BENARD.	CHIRAY.
Histologie.	ABRAMI.	FIESSINGER.
Pharmacologie et matière médicale.	LOEPER.	RATHERY.
Thérapeutique.	LEREBOULLET.	NOBECOURT.
Hygiène et médecine préventive	LAIGNEL-	LAVASTINE.
Médecine légale	GOUGEROT.	GUILLAIN.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEMIERRE.	CUNEO.
Pathologie expérimentale et comparée.	GOSSET.	GREGOIRE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	LENORMANT.	VELTER.
Clinique médicale.	CHEVASSU.	COUVELAIRE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	JEANNIN.	LEVY-SOLAL.
Clinique des maladies des enfants	MOCQUOT.	OMBREDANNE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	HARVIER.	LEMAITRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Pierre DUVAL.	VILLARET.
Clinique des maladies du système nerveux	TROISIET.	MATHIEU.
Clinique des maladies infectieuses	LAUBRY.	Clovis VINCENT.
Clinique chirurgicale.	N...	HAZARD.
Clinique ophtalmologique.	MULON.	OLIVIER.
Clinique urologique.	SANNIE.	VERNE.
Clinique d'accouchements.		
Clinique gynécologique.		
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		
Clinique thérapeutique médicale		
Clinique oto-rhino-laryngologique.		
Clinique thérapeutique chirurgicale		
Clinique propédeutique.		
Clinique de la Tuberculose		
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		
Clinique cardiologie		
Clinique de neuro-chirurgie.		
Assistance médico-sociale.		
Professeurs sans chaire.		

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.	
AMELINE	DEGREZ (H.)..	Physique.
BARIETY	DESOLLE	Médecine légale.
BERNARD Et..	DIGONNET	Obstétrique.
BESANÇON (J.)	DOGNON	Physique.
BONNET	FEVRE	Pathologie chirurgicale.
BOULANGER	FUNK.	
BOULIN	BRENTANO..	Pathologie chirurgicale.
BROUET	GALLIARD	Parasitologie.
BULLARD	GARCIN	Pathologie médicale.
CACHERA	Mlle GAUTHIER.	
CORDIER	VILLARS..	Anatomie pathologique.
COSTE	GAYET	Physiologie.
COUVELAIRE (R.)	DE GENNES	Pathologie médicale.
DELARUE	GIROUD	Histologie.
DELAY	HAGUENAU	Pathologie médicale.



MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
GHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU- LEMAIRE.	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale.
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE, A MA MERE

*Ce faible témoignage de ma profonde
affection.*

A MA FEMME

*En souvenir de nos études, qui finis-
sent aujourd'hui.*

*Que des belles années l'avenir garde le
bonheur dans notre tendresse.*

A MES FILS

AUX MIENS

A Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de Clinique des Maladies mentales
et des Maladies de l'encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur BENON

Ancien Interne de la Clinique de Pathologie mentale
et des Maladies de l'Encéphale
de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice Général de Nantes

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail,
et nous a aidé de ses précieux conseils.
Respectueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE RENNES

A MES MAITRES DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
DE LA MAYENNE

Messieurs les Docteurs SIZARET et FAUVEL

AVANT-PROPOS

Le rôle de l'analyse psychologique pure, dans l'étude des affections mentales, se restreint de jour en jour.

L'essor de l'organisme humoral relègue au second plan un instrument dont on ne cherche plus à connaître la valeur.

Par son allure scientifique, par les larges horizons qu'elle ouvre, par le pont qu'elle semble jeter entre le corps et l'esprit, cette seconde méthode polarise les recherches de ceux qu'attire le monde complexe et misérable des asiles.

Qu'elle qu'en soit la séduction, quels que soient les résultats acquis par elle et les espoirs qu'elle permette, elle ne doit pas ignorer ce qui reste le but de ses travaux. Cette « maladie de l'âme » est peut-être la résultante de troubles organiques. Mais n'est-elle que cela ? L'état actuel de la science interdit à tout homme de bonne foi de répondre oui.

Pour traiter efficacement un malade, il faut connaître son affection. Aucun des éléments qui permettront de serrer de plus près le diagnostic ne doit être négligé.

Parallèlement aux facteurs matériels que la science

sait ou saura déceler, le spécialiste doit pouvoir dégager les fils dont est tissée la pensée morbide de celui qu'il doit s'efforcer de guérir.

Si au décours de cette étude, et devant l'impuissance des autres procédés, il croit pouvoir, par la seule psychothérapie, obtenir un résultat positif, c'est pour lui plus qu'un droit d'agir.

La psychopathologie a forgé une classification dans le cadre de laquelle sont venues s'intégrer les réalisations des autres méthodes. Elle verse dans le creuset du diagnostic des éléments de première valeur. La psychothérapie peut, à partir de ses données, amener des résultats tangibles.

Associée aux méthodes nouvelles, elle doit continuer à contribuer à la lutte contre un mal auquel l'humanité paie un trop lourd tribut.

En exposant dans ces quelques pages les résultats acquis sur un point précis par ceux qui lui ont fait confiance, nous voudrions :

1° Objectiver, dans l'étude de la mélancolie légitime, la fécondité d'une méthode qui, se heurtant aux obstacles d'une analyse souvent délicate et d'une terminologie flottante, a su isoler, à partir d'un vaste syndrome, une notion dont l'apparente simplicité n'a pu se faire jour qu'à la suite d'un lent travail de dissociation :

2° En analyser l'un des mécanismes thérapeutiques.

Que nos juges nous excusent d'un résultat nécessairement incomplet et dont l'imperfection est en par-

tie imputable aux conditions dans lesquelles s'est effectué ce travail.

Et que le Docteur BENON, qui nous a soutenu de sa longue expérience, trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

OBS. 1. — La femme B... entre à l'hôpital psychiatrique de Saint-Jacques, à Nantes, le 6 octobre 1939, sous l'étiquette de « Mélancolie délirante avec idées de suicide ».

Dans la rubrique « Antécédents », deux indices sérieux : le 9 septembre 1938, son second fils (24 ans) se suicide d'un coup de revolver. Le 18 mars 1939, sa mère (75 ans) se précipite d'un pont sur la voie ferrée et meurt.

La malade, âgée de 47 ans, est la fille unique de cultivateurs aisés.

Elle a reçu, avec une instruction élémentaire, une solide base religieuse, dont elle a conservé l'empreinte.

Mariée à 19 ans, elle est mère cinq fois ; l'un des enfants meurt en bas âge ; les autres, dont le suicidé, auraient été sains.

Elle a toujours joui d'une excellente santé, ses menstruations furent régulières.

Dans son existence calme, orientée vers le façonnement chez ses enfants d'une mentalité conforme à ses principes et l'amélioration de leur sort matériel, rien n'est à signaler, si ce n'est le conflit moral qui l'opposa au fils disparu, et dont nous retrouverons le retentissement. Ce fils, le plus intelligent, l'aurait vivement contrariée en choisissant la profession d'instituteur laïque, décision grave qui prenait pour cette femme l'importance d'une désertion.

Appelé au service militaire, il aurait fait dans sa garnison la connaissance d'une femme mariée, et, libéré, aurait continué avec elle ses relations, creusant encore le fossé qui le séparait d'un milieu rigoriste, jusqu'au jour où, devant une situation sentimentale sans issue, il se serait donné la mort, commettant la faute irréparable.

Elle lui avait cependant conservé son affection, et, le sachant faible et instable, ne l'avait jamais repoussé.

Elle résiste à cette épreuve.

Six mois plus tard, sa mère, désorientée par le drome, se suicide à son tour.

Elle, à 46 ans, est en pleine ménopause. Les premiers symptômes de l'affection vont apparaître, et, progressivement, la mener à l'état actuel.

La malade est d'abord triste, pleure, s'isole, perd l'appétit, le sommeil, se plaint de céphalées, d'angoisse respiratoire.

Elle ressasse les circonstances des deux drames, en cherche les causes profondes. Elle a été durement frappée. Pourquoi ? Et, par bribes, elle livre à son entourage le travail intellectuel qui l'entraîne à voir en elle-même la source de son malheur.

Son fils, elle l'avait mal élevé, puisqu'il a « mal tourné ».

Elle est, par sa mort qu'elle a provoquée, responsable du « crime » de sa mère.

Elles sont toutes deux damnées par sa faute.

Elle-même ne l'est-elle point également ?

Si, et elle le mérite. Sa vie est souillée à sa source, tirée de péchés. Des « voix » venant « du dedans d'elle », le lui répètent continuellement.

Maintenant la mort de ses proches est au second plan. Elle n'est qu'une conséquence de ses fautes. La vérité-

ble cause de son chagrin est, non le souvenir des heures pénibles, mais la contemplation de son indignité éternelle.

Le démon est là, il l'insulte, il la tient. Dès lors, puisque tout espoir lui est refusé, pourquoi vivre ?

Cette acceptation même de l'idée du péché le plus grave n'est-elle pas une preuve capitale de son indignité ? Tout cela, elle va nous le dire.

Lors de l'examen elle est couchée, calme. La nuit fut cependant agitée, entrecoupée d'appels, de gémissements, de crises violentes d'agitation anxieuse.

Elle se tourne et se retourne sur son lit, rejette par instants ses cheveux d'un geste saccadé. Le facies est coloré, les yeux brillants. Figée parfois, les sourcils froncés, elle semble, au cours de la conversation, se détendre pour, au détour d'un mot, se renfermer brusquement à nouveau dans son masque douloureux.

Elle parle facilement, sans réticences, sauf aux points délicats, semblant même s'accuser avec une certaine complaisance.

Q. — Avez-vous eu une existence heureuse ?

R. — J'ai eu une vie comme les autres.

Q. — Etes-vous bien portante ?

R. — Auparavant je l'étais..., c'est-à-dire que j'avais quelquefois mal à l'estomac...

Q. — Et maintenant ?

R. — J'étouffe tout le temps, je perds ma respiration, surtout quand je mange (soupir)... ça a commencé depuis que ma mère est morte... On me force à manger.

Q. — Et votre mère, était-elle malade ?

R. — Oui, elle l'était depuis que son petit gars était mort, angoissée comme ça elle aussi.

Q. — Vous avez aussi tenté de vous suicider ?

R. — Le suicide est une « vilaine mort » j'en ai horreur, car je suis catholique.

Q. — Vous l'avez recherché cependant.

R. — Oui, mais c'est mal.

Q. — Alors pourquoi avez-vous agi ainsi ?

R. — J'étais poussée par une force irrésistible, j'étouffe quand ça me prend. Je ne suis plus la même depuis que ma mère est morte. Je suis changée en plus mal.

Q. — Pourquoi dites-vous cela ? (Silence.) Même question.

R. — Parce que c'est vrai. J'ai changé dans le dedans, j'en ai honte, et il y a de quoi.

Q. — De tout ce qui est arrivé vous n'êtes cependant pas responsable ?

R. — Si. J'ai mal élevé mon enfant qui a fait une chose comme ça, je n'ai pas été bonne pour mes parents, la voix de ma conscience me le dit. Les gens me disent que c'est pas vrai, mais je sais que si. Je ne puis rien vous dire de plus.

Q. — N'y a-t-il que votre conscience qui vous fasse des reproches ?

R. — Je suis damnée, le diable est dans moi... Je l'entends dans le dedans, il m'insulte. Je l'insulte aussi, mais je lui obéis en essayant de me suicider : Vous voyez que je suis pire qu'avant. — Pourquoi prenez-vous ces notes ? — J'ai eu brusquement envie de me suicider parce que je me savais damnée, je n'avais rien à perdre.

Q. — Mais pourquoi ne pas vous confesser ?

R. — Je n'ose pas, il faudrait un miracle pour me faire revenir à la vie.

Q. — Pourquoi êtes-vous damnée ?

R. — J'ai fait trop de fautes...

Q. — Lesquelles ? (Silence.) Même question.

R. — Des impuretés, souvent, dans mon enfance, et d'autres fautes dont je ne me rappelle plus, mais que le bon Dieu connaît bien. La nuit je ne dors pas. Je suis damnée, damnée pour l'éternité.

Q. — Vos malheurs sont-ils en rapport avec vos fautes ?

R. — Oui, c'est la suite. La vie s'enchaîne. Je crois que tout le monde m'aime bien, mais les gens ne voient pas l'intérieur.

Cette malade, sur la famille de laquelle pèse une lourde tendance morbide, a subi, à une époque critique, deux chocs émotionnels profonds.

Elle a tout d'abord réagi normalement.

Puis, sous l'effet d'hallucinations psycho-sensorielles :

— la translation de la charge émotive s'est faite insensiblement du fait réel au fond mental ;

— le chagrin simple est devenu chagrin pathologique, accompagné de réactions organiques.

— la ressouvenance a fait place à l'introspection délirante.

C'est une mélancolique légitime, psychogénétique, typique.

Trois éléments se dégagent de l'étude de cette observation :

1) — la teinte affective du fond mental, imprimant son cachet à toutes les manifestations de l'affectivité ;

2) — le travail intellectuel, dirigé vers l'entretien

et l'enrichissement de ce fond de tristesse par l'élaboration, à partir d'hallucinations psycho-sensorielles, d'un délire à base d'idées d'auto-accusation. Cette activité délirante s'oppose à la passivité de certaines autres formes, où la mélancolie n'est qu'un facteur d'un tableau plus complexe ;

3) — la présence d'un trauma émotif, ayant déterminé le chagrin origine de l'affection.

De ces trois symptômes, le dernier est seul pathognomonique.

Lorsqu'il s'accompagne des deux précédents, il permet de porter le diagnostic de MÉLANCOLIE LÉGITIME, affection que nous définirons comme étant : « la psychose née du souvenir obsédant d'un mal passé, évoluant, par l'intermédiaire d'hallucinations psycho-sensorielles, vers un délire essentiel et actif d'auto-accusation, entretenant chez le sujet une tristesse persistante pouvant aboutir au suicide ».

HISTORIQUE

CONSIDERATIONS SUR L'EVOLUTION DU CONCEPT « MELANCOLIE » INDIVIDUALISATION DE LA MELANCOLIE LEGITIME

L'énumération des caractères de la mélancolie psychogénétique, tels que nous les avons relevés dans l'observation précédente, est en même temps celle des étapes de son individualisation.

Nous les verrons successivement apparaître dans l'étude de l'histoire :

— le « syndrome mélancolique », immédiatement accessible, fut étudié de tout temps, sous des angles d'ailleurs divers ;

— la dissociation des formes essentielles et actives en regard des psychoses dans lesquelles la mélancolie n'est que l'une des résultantes des conditions physiques ou intellectuelles caractéristiques de l'état pathologique, est plus complexe.

Elle s'amorce avec ESQUIROL et se poursuivit, avec des fortunes diverses, jusqu'au début du vingtième siècle.

La mélancolie légitime, ignorée en tant qu'entité

morbide, est intégrée successivement dans les divers systèmes.

Elle s'isolera indirectement par élimination des affections voisines.

— Ce travail préparatoire sera couronné, dans une troisième période, par le travail de M. TASTEVIN, qui, en spécifiant son origine, situera l'affection à sa place exacte dans le cadre des mélancolies.

*
* *

La définition d'HIPPOCRATE est purement symptomatique : « Quand la crainte et la tristesse persistent longtemps, dit-il, c'est un état mélancolique. ».

Il ne s'embarrasse pas de relever une quelconque origine afflictive. Par contre il cherche un fondement organique à l'ensemble des psychoses constituant la mélancolie, dans l'une de ses quatre humeurs, l'atrabile, humeur noire.

Cette notion étiologique entraîne, comme conséquence thérapeutique, des saignées et purgations tendant à rétablir l'équilibre par élimination de l'humeur incriminée.

Cette conception d'HIPPOCRATE retentira sur toute la question ; la mélancolie restera, jusqu'à la période moderne, marquée par cette notion organique confuse, que la constatation de troubles d'ordre surtout digestif, à peu près constants mais parfois secondaires, entretiendra. Nous verrons GALLIEN la reprendre et l'adapter à son système par une ébauche anatomo-clinique.

Entre temps, AULUS CORNELIUS CELSE oppose au

« délire général » — la manie, pour lui — les « délires partiels dont la mélancolie est une forme, et conseille de traiter celle-ci en distrayant le malade.

ARÉTÉE DE CAPPADOCE précise l'aspect physique et moral du mélancolique, insiste sur les troubles digestifs, sur la multiplicité des formes délirantes, sur la vésanie terminale fréquente, et relève l'alternance possible de la manie et de la mélancolie ; il signale les causes physiques occasionnelles, mais reconnaît l'absence fréquente de toute cause émotive. Voici quelques extraits de son texte :

« La mélancolie est une affection sans fièvre dans laquelle l'esprit reste toujours fixé sur la même idée, et s'y attache opiniâtement... Elle ne trouble pas à tous coups les facultés intellectuelles... Les malades sont tristes, consternés ; ils ont des flatuosités, des éructations fétides, exhalant une odeur de poisson. Parfois de sombres accès de fureur succèdent à leur chagrin... Les maniaques au contraire sont communément adonnés à la tristesse et au chagrin. Les mélancoliques ont plusieurs formes de délire : ils craignent qu'on ne veuille leur donner du poison ; ou bien, pris de la haine des hommes, ils fuient dans la solitude ou s'adonnent superstitieusement aux pratiques religieuses, ou prennent la lumière et la vie en horreur... Ils deviennent soupçonneux et d'une habileté extrême à voir partout des dispositions nuisibles... La mélancolie commence souvent sans aucune cause connue...

Toutes ces modifications ne se rencontrent pas chez le même homme, mais se présentent, dans une grande généralité avec des manies particulières... Il n'est pas

rare de voir leur sensibilité et leur intelligence tomber dans un tel état de dégradation que, plongés dans une ignorance absolue, s'oubliant eux-mêmes, ils passent le reste de leur existence comme des bêtes brutes... Dans cette sorte de maladie, la tête peut-être affectée primitivement ou par consensus... L'âge, le genre d'existence peuvent déterminer une grande disposition à cette affection. »

La partie la plus curieuse de l'œuvre de GALLIEN touchant à la mélancolie, est sans conteste son essai d'explication des rapports entre les systèmes digestif et nerveux qu'il développe de la façon suivante :

« ... L'estomac transmet ses affections à la tête, et celle-ci transmet les siennes à l'estomac, à cause de la grandeur des nerfs qui, de l'encéphale, aboutissent à l'orifice de l'estomac, et qui donnent à cette partie une sensibilité supérieure à celles de toutes les autres parties du corps, d'où il résulte que toutes les fractures de la tête qui pénètrent jusqu'aux méninges, sont accompagnées de vomissements bilieux, et que les douleurs de la tête, de quelque façon qu'elles surviennent, causent un trouble, et parfois une modification de l'estomac. Les affections, dites hypochondriaques et flatulentes, se distinguent par des abattements mélancoliques... »

Il semble avoir séparé, à partir de cette augmentation, l'hypochondrie de la mélancolie, en donnant, dans la première de ces affections, la prévalence aux signes digestifs.

Quant aux observations qu'il donne de « délires tristes », elles sont assez caractéristiques de la con-

ception que l'on se faisait alors de la mélancolie, syndrome aux frontières imprécises. Il expose 4 cas :

Le premier malade « s'imaginait être fait de coquilles et, en conséquence, il évitait tous les passants de peur d'être broyé ». Il s'agit sans doute là d'un syndrome de COTARD.

Le second qui, « voyant chanter des coqs qui battaient des ailes avant de chanter, imitait la voix de ces animaux et se frappait les côtés avec les bras », et le troisième qui « redoutait qu'Atlas, fatigué du poids du monde qu'il supporte, ne vint à secouer son fardeau, et de cette façon ne s'écrasât lui-même en même temps qu'il nous ferait tous périr », sont des délires complexes.

Quant au dernier, qui par suite de la douleur que lui causait la perte de sa femme s'abstint des rapprochements sexuels... avait perdu l'esprit et ne digérait même pas le peu qu'il prenait, « qui s'attristait non seulement pour ces raisons, mais aussi sans cause apparente évidente, comme le font les mélancoliques », il fut guéri du jour où « il eut repris ses anciennes habitudes ». Celui-là est très probablement un mélancolique psycho-génétique et la reprise d'une vie normale fut sans doute, non la cause, mais la conséquence de sa guérison.

Cette conception restera stationnaire jusqu'au xix^e siècle.

Dans son sens le plus vaste, la mélancolie n'est qu'à peine connue, et elle englobe indifféremment toutes les formes cliniques, quelles qu'en soient les modalités.

C'est le délire partiel de CELSE et de CUTTENS (1710-1790). Le fou type est le maniaque. Les mélancoliques sont les moins brillants. Leurs délires sont communs à l'ensemble du syndrome ; directement accessibles, ils attirent l'attention des médecins qu'ils détournent de la recherche des symptômes plus spécialement caractéristiques de certaines formes de mélancolie, en particulier de l'étiologie.

Ils ont été, ces délires, un élément de stabilité dudit syndrome, dont ils ont retardé la dissociation.

*
* *

Dans la deuxième période de cet historique, ils vont perdre cette place de premier plan, les auteurs cherchant à reconnaître sous leur façade la nature des lésions qui les engendrèrent.

Un siècle sera nécessaire pour isoler celles-ci, pour séparer, en particulier, les deux variétés essentielles, asthéniques et émotionnelles vraies.

Ce travail de classification débute avec ESQUIROL, et se poursuivra jusqu'à TASTEVIN, tandis que la mélancolie syndrome achève de s'isoler des syndromes voisins, hypochondrie, confusion mentale, etc.

ESQUIROL n'innove pas seulement. Il tente, en reprenant les notions alors en cours sur la mélancolie, de les cimenter par un lien commun qui cette fois n'a rien d'organique, et de délimiter par là le syndrome. Il crée le terme de « lypémanie », qu'il définit comme un « délire partiel chronique sans température, entretenu par une passion triste, délirante

ou oppressive ». Comme les auteurs précédents il reprend le terme de délire partiel chronique ; mais à l'inverse de ceux-ci, ce n'est plus à la manie qu'il l'oppose. Il a su reconnaître la démence vraie, affaïssement global des facultés intellectuelles, et la différencier des manies et mélancolies dans lesquelles l'intelligence subsiste.

De la lypémanie il exclut l'hypochondrie et, le premier, expose le second caractère de la mélancolie légitime, lorsqu'il indique que « chez le maniaque et le mélancolique tout annonce la force, la puissance, l'effort ». Malgré cette mise au point, il ne parvient pas à séparer la forme mélancolie légitime de la forme asthénique, et ceci parce qu'il ne pourrait, selon son système, obtenir ce résultat qu'en intégrant cette seconde affection dans l'hypochondrie.

Il présentait tout de même la dualité lorsqu'il écrivait :

« Il est des individus qui, à la suite de causes physiques ou morales variables, tombent dans l'affaiblissement physique, dans le découragement moral... Ils se plaignent d'une gêne, d'une douleur à l'épigastre, d'une sorte d'engourdissement de la tête qui les empêche de penser, et d'une torpeur, d'une lassitude générale qui les empêche d'agir. Ils ne font point de mouvements ; ... ils s'impatientent lorsqu'on veut leur faire faire de l'exercice ; ... ils sont indifférents pour les objets de leur affection ; ... ils redoutent la société, et surtout les importunités auxquelles cette maladie expose : affligés de cet état ils ont des idées noires.

Enfin désespérés de leur nullité, ou de leur prétendue

nullité, qu'ils croient ne pouvoir jamais surmonter, ils désirent la mort, la réclament, et quelquefois se la donnent...

Ces malades ne déraisonnent pas... J'ai vu cette maladie persister pendant plusieurs mois, pendant deux ans ; je l'ai vue alterner avec la manie, avec la santé parfaite. Quelques malades étaient pendant six mois maniaques ou bien portants, pendant six mois accablés par le sentiment de leur impuissance physique, intellectuelle et morale, qui leur faisait désirer la mort. »

C'est là une excellente description de l'asthénie circulaire.

Sur les bases posées par ESQUIROL, de la division des maladies mentales en démences et délires maniaques et mélancoliques, le travail des classifications se poursuit.

GEORGET isole la stupidité de la démence, et, par la suite, BAILLARGER, dans le domaine des délires, la place au chapitre mélancolie.

Cette acquisition est doublement utile : elle précise un symptôme caractéristique de certaines formes cliniques de mélancolie et, d'autre part, amorce la discussion de la question « confusion mentale » posée par DELASIAUVE, reprise par CHASLIN, tranchée par TASTEVIN, qui sépare la confusion dans les perceptions de la confusion dans les idées, celle-ci résultant d'une chute du potentiel intellectuel, parfaitement consciente, et caractéristique des formes asthéniques de la mélancolie.

FALRET sépare d'une façon ferme la « mélancolie

ordinaire » (mélancolie psycho-génétique) de la « fausse mélancolie asthénique ».

Il donne une forme définitive aux idées qu'ESQUIROL n'avait qu'avancées.

Toute sa définition est à citer : « Il est une forme spéciale (de folie) que nous appelons circulaire et qui consiste non, comme on l'a dit fréquemment, dans l'alternative de la manie et de la mélancolie, séparées par un intervalle lucide plus ou moins prolongé, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité intellectuelle, avec la suspension de l'intelligence. Une période d'excitation alterne avec une période d'affaiblissement ordinairement plus longue... ».

Lorsqu'il fait de la forme mélancolique de la folie circulaire une « période d'affaïssement », il veut nettement signifier qu'il ne s'agit pas là, comme il le dira dans sa discussion avec BAILLARGER, d'« une lésion restreinte de l'intelligence et prédominance de certains délires comme dans les mélancolies ordinaires », mais d'une « dépression physique et morale portée jusqu'à la suspension complète des facultés intellectuelles et affectives ».

Mais s'il relève nettement les caractères cliniques, il en fait les seuls éléments différentiels avec la mélancolie de TASTEVIN, ignorant la question étiologique.

Il approche tout de même la solution de plus près que KRAEPELIN qui, dans un but d'exposition, résume toute la psychiatrie sous deux étiquettes : démence précoce et psychose maniaco-dépressive. La mélanco-

lie psycho-génétique n'en est pas pour cela éliminée. Elle s'intègre partiellement dans la psychose maniacodépressive — là est l'erreur —, partiellement dans la démence précoce, notion extrêmement intéressante qui amorce, avec la dégénérescence mentale de MAGNAN, la troisième partie de cet historique.

Entre temps, LASÈGUE isole, dans la mélancolie, le « délire de persécution » et ses disciples, dont DAGONNET, opposent la lypémanie — persécution et mélancolie — à la mégalomanie — persécution et idées ambitieuses.

Ici la mélancolie n'est manifestement pas l'essentiel. Elle n'est considérée qu'en tant qu'élément du syndrome « persécution ». Cependant la mélancolie y gagne, par contre-coup, un nouveau facteur de diagnostic.

Une autre forme clinique est isolée par COTARD : développement, à partir d'un trauma émotif, d'un état mélancolique évoluant vers « un délire de négation avec idées possibles d'énormité et d'immortalité, tendances au suicide et analgésie ».

Bien que l'opposition de la notion d'activité intellectuelle à celle de l'asthénie psychique ne soit pas encore admise comme donnée fondamentale par la plupart des auteurs, on peut arrêter ici la seconde partie de l'étude de l'évolution de la mélancolie.

Avec MAGNAN apparaît en effet une thèse nouvelle, développée par la suite par KRAEPELIN, BLEULER, et de multiples autres psychopathologistes.

L'étude de la mélancolie chez les dégénérés men-

taux, déments précoces, schizophrènes, pose une question particulièrement complexe qui, dans le cadre de la mélancolie psycho-génétique, ne semble pas encore élucidée de façon définitive.

En supposant acquise la notion du choc émotionnel de base — elle ne le sera en réalité qu'avec TASTEVIN — il reste à savoir dans quelle mesure il faut évaluer sa valeur étiologique chez un sujet dysthymique. En termes plus clairs, le chagrin envisagé est-il suffisant pour créer la psychose, ou n'est-il qu'un prétexte au développement de tendances que le sujet portait en soi ? Ce point sera l'objet d'une étude spéciale.

*
* * *

TASTEVIN, enfin, vers 1910, fait le point de la question. C'est à lui que l'on doit la description complète de la mélancolie vraie, l'affirmation de son origine émotionnelle, origine qui lui est propre, la distinction entre son développement actif et essentiel, et celui des formes asthéniques du syndrome mélancolique, la discrimination de ses formes cliniques.

Avant d'achever ce chapitre, et en marge du diagnostic, il est indispensable de citer l'œuvre de FREUD. Sa notion de la révélation du subconscient au sujet rejoint celle de l'extériorisation appliquée au traitement de la mélancolie de TASTEVIN, que nous retrouverons en fin de cette étude.

ETUDE CLINIQUE DU SYNDROME MELANCOLIQUE ET DES VARIETES DE MELANCOLIE DONT LA MELANCOLIE LEGITIME

La constatation des difficultés qu'a rencontrées la mélancolie de TASTEVIN sur le chemin de l'individualisation, peut sembler étonnante.

Cette affection paraît être directement accessible, répondre à une notion élémentaire; celui qui n'est pas au courant des questions de psychiatrie, concevra mal qu'on n'ait pas constaté *a priori* que « le chagrin puisse rendre fou ».

En fait, trois explications nous semblent pouvoir être invoquées :

1) — Les éléments qui composent la mélancolie vraie n'ont, en dehors de la partie étiologique, rien de spécifique. Les formes de délire, le retentissement organique, sont caractéristiques du seul syndrome mélancolique. Nous les retrouvons avec tout au plus quelques variantes dans les autres psychoses groupées sous la même étiquette.

2) — Inversement, si l'on part de l'étiologie, on constate que, par une mauvaise interprétation des faits pathologiques assimilés à l'état normal, on arrive

d'emblée à considérer comme logique d'admettre que tout ce qui est mélancolie doit découler d'un chagrin, sans songer même à vérifier l'existence de celui-ci.

3) — Enfin, dans la recherche de ce chagrin originel, on se heurte à la question toujours délicate de la part qu'il a pu prendre dans l'élaboration de la psychose : le chagrin a-t-il modifié le terrain ou le terrain a-t-il provoqué le chagrin ?

Ces éléments qui ont retardé l'identification viennent également compliquer l'exposition de la façon dont se présente la mélancolie légitime au point de vue clinique.

Le but de cette étude étant essentiellement de situer la mélancolie psycho-génétique dans l'ensemble du syndrome « mélancolie », nous croyons logique d'étudier tout d'abord ce syndrome dans sa généralité, d'en analyser les symptômes, d'en marquer les frontières.

Nous verrons ensuite comment les éléments constitutifs du syndrome se présentent dans les différentes affections qui pourraient être les « formes cliniques » et que nous grouperons sous trois étiquettes :

mélancolies dysphréniques ;
mélancolies dysthéniques ;
mélancolies dysthymiques ;

avec, dans cette dernière forme, la mélancolie légitime.

SYNDROME MELANCOLIQUE

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX.

L'étiologie échappe au syndrome, ainsi que les modes de début et d'évolution. Nous les retrouverons dans l'étude des variétés.

Par contre les délires, caractéristiques de toutes les périodes d'état, se résument, à quelques variantes près, à des types bien déterminés.

Ils sont à la base :

- d'idées de culpabilité et d'auto-accusation ;
- d'idées d'indignité, de déshonneur, de châti-
ment ;
- d'idées de ruine ;
- d'idées de possession, de damnation ;
- d'idées de négation, prédominante dans le syn-
drome de COTTARD,

Ces délires sont plus ou moins organisés, plus ou moins riches, plus ou moins intriqués. Ils sont constamment régressifs et obsédants à divers degrés.

En général évidents, ils peuvent être masqués par des manifestations le plus souvent épisodiques, qui relèvent de la même origine. Telles sont :

L'AGITATION.

— de la crise d'anxiété, décharge émotive brutale provoquée par l'obsession de l'imminence d'un châti-
ment terrible, à la mesure des fautes du malade,
châtiment que le sujet reconnaît avoir mérité mais
dont il s'épouvante ;

— de la crise de désespoir, née de la sensation d'une déchéance irrémédiable.

La RÉTICENCE du sujet replié sur sa douleur et sa honte, et qu'énervé toute ingérence étrangère. Elle peut aller jusqu'au négativisme.

Des TROUBLES SENSORIELS sont possibles. Les hallucinations vraies, les interprétations sont rares. Par contre les hallucinations psycho-sensorielles sont à peu près constantes ; nous reviendrons sur leur rôle.

La confusion mentale par vice de perceptivité n'est en conséquence que transitoire, lorsqu'elle existe. La confusion dans les idées a plus de valeur : elle dénote un fond d'asthénie mentale, élément capital de diagnostic.

DIAGNOSTIC.

Dans son ensemble, le syndrome mélancolique ne risque guère d'être l'objet d'une erreur de diagnostic.

Toutefois, lorsqu'une variété de délire y domine de façon manifeste, il pourrait être assimilé aux psychoses à symptomatologie proche.

Le délire de persécution systématisé chronique peut s'accompagner d'un certain habitus triste ; mais son origine hallucinatoire apparaît constamment ; en outre, il n'implique aucune idée de culpabilité.

Tandis que le persécuté se considère comme une victime, le mélancolique explique la soi-disant attitude de son milieu par la connaissance qu'a celui-ci de ses fautes.

De même les idées de damnation et de possession

des mystiques procèdent d'hallucinations ; celles du mélancolique sont l'expression chez un sujet religieux soit de la plus haute punition qu'aient méritée ses crimes — idées de damnation —, soit d'un besoin que ressent le malade de trouver une explication à la monstruosité morale qu'il se découvre.

L'hypochondrie se dissocie parfois plus malaisément de la mélancolie. Elle peut s'apparenter à la forme asthénique du syndrome, la chute des forces du sujet étant parallèle sur les plans physiques et mentaux.

Le malade se rend compte de sa faiblesse et s'en inquiète, désespérant de retrouver jamais la santé ; mais il ne s'attarde pas à cette idée, ne cherche pas à l'approfondir, et c'est là un bon élément de diagnostic.

Par contre, la révélation d'une tare physique peut déterminer un chagrin, origine d'une mélancolie vraie.

Le délire, dans cette forme, centré sur la lésion physique, pourra ressembler de très près à de l'hypochondrie, surtout si les idées d'auto-accusation sont discrètes, si le malade n'insiste pas sur le thème d'excès passés ayant ruiné sa santé. Mais cette attitude neutre est rare. Ce qui ajoute à la difficulté de diagnostic avec l'hypochondrie, c'est la présence quasi constante dans toutes les formes de mélancolie de signes organiques très spéciaux, ceux-là mêmes que relevait GALLIEN et dont nous avons vu l'essai d'explication.

Il s'agit moins d'angoisse, terme ici trop fort, que d'une sensation de constriction épigastrique, de resserrement, de gêne continue avec quelques paroxysmes qui contribuent à créer ou entretenir l'anxiété. Cette douleur n'a rien de précis dans sa localisation ou ses caractères. Mais pour l'objectiver les malades se livrent à une mimique parfois très expressive, montrant par là l'importance qu'ils y attachent.

FORMES CLINIQUES

Si les différents symptômes se retrouvent plus ou moins dans chacune des variétés de mélancolies détachées du syndrome, leur prédominance dans l'une ou l'autre des formes cliniques s'ajoute aux modes étiologiques et d'évolution pour affirmer l'individualité.

Suivant l'atteinte particulière d'une région de la personnalité, nous pourrions, avons-nous dit, étudier la mélancolie dans :

— les dysphrénies, lésions par déséquilibre de l'intellectualité pure — raisonnement, idéation, etc. ;

— les dysthénies, lésions par déséquilibre du dynamisme idéologique ;

— les dysthymies, lésions par déséquilibre dans le domaine émotionnel.

Il ne faut voir dans cette classification qu'un cadre, trop rigide pour contenir les nuances d'une affection psychique, mais facilitant l'exposition. Dans la dé-

mence précoce, par exemple, l'atteinte porte à la fois sur l'intellectualité, l'émotivité et l'activité.

Toutefois, nous l'étudierons au chapitre des dys-thymies, parce que seules les démences précoces à réactions nettement mélancoliques nous intéressent.

Formes dysphréniques

Nous n'ignorons pas que le terme de « dysphrénie » puisse apparaître comme particulièrement imprécis. Nous l'avons cependant adopté parce que, en raison même de son élasticité, il nous permettra de grouper toutes les psychoses dans lesquelles un élément mélancolique apparaît dominant, et qui ne relèvent ni de l'asthénie, ni d'une déviation de l'affectivité. Chez ces malades, non déments, mais délirants, la tristesse n'est le plus souvent qu'épisodique, et l'on peut à peine parler ici de mélancolie. Ils étaient cependant à citer, bien que ne présentant qu'un intérêt secondaire dans la question ici traitée. Le terme mélancolique n'est pas l'essentiel, mais simplement une étiquette ajoutée à la définition de leur affection. Ainsi nous citerons des formes :

— *chroniques*, tels la paralysie générale mélancolique et le délire atypique chronique de persécution avec mélancolie ;

— *aiguë*, tel le délire aigu complexe à tendance mélancolique dont nous présenterons une observation, et la forme stuporeuse aiguë dont nous exposons également un cas.

FORMES DYSPHRÉNIQUES CHRONIQUES.

Dans les formes chroniques de dysphrénies, nous avons cité la *paralysie générale*. Ici les idées de culpabilité sont souvent confuses, absurdes, mal individualisées. Elles s'intriquent avec des idées d'énormités également assez flottantes pour former un ensemble complexe d'où se dégage une sensation de dépression assez caractéristique.

Le *délire atypique chronique* à forme mélancolique est présenté de la façon suivante par le Docteur BENON dans son livre « La Mélancolie » :

« Ces derniers (les délires atypiques à évolution chronique), propres aux dyscérébraux constitutionnels, si complexes qu'ils soient, ne se terminent point par la démence... Les cas observés sont compliqués, variables, presque personnels. Tantôt le délire de persécution, de forme hallucinatoire, présente une systématisation assez nette et s'accompagne de chagrin, de tristesse, d'auto-accusation accessoire (monomanie intellectuelle avec passion triste d'ESQUIROL ou lypémanie). Tantôt la psychopathie, mal systématisée, est très obscure pour l'observateur, non pas peut-être pour le sujet lui-même ; les idées délirantes de persécution, fondées sur des hallucinations, s'enchevêtrent avec des idées de mélancolie, de religion, de mariage, d'hypochondrie.

Il existe en outre des alternatives d'excitation (par agitation colérique ou agitation anxieuse) et de dépression ou asthénie. Il en résulte une intrication des symptômes psychiques telle que l'on conçoit l'opinion des auteurs qui concluent chez de tels sujets à la démence. » (P. 52.)

FORMES DYSPHRÉNIQUES AIGUËS.

Formes délirantes.

Le délire est ici le plus souvent complexe, polymorphe. Il s'agit d'une sorte d'onirisme mélancolique, entrecoupé de crises d'agitation anxieuse, l'ensemble conditionné par des hallucinations évidentes.

L'état mélancolique est le plus souvent transitoire : tel est le cas de certains délires toxiques, alcooliques par exemple. Mais il peut se maintenir pendant toute l'affection. Dans ce cas il n'est que l'extériorisation bruyante d'une tendance que le sujet, dégénéré mental, portait en lui.

Le caractère d'épisode aigu distingue parfois seul cette forme de celle isolée par TASTEVIN.

L'observation suivante est un exemple de ce type d'affection. Nous la devons à la bienveillance du Docteur FAUVEL, notre médecin-chef à l'asile de Mayenne, et notre premier maître :

OBS. 2. — Marcel F..., 27 ans, instituteur, entre le 7 septembre 1939 à l'hôpital psychiatrique de Mayenne, venant du centre mobilisateur 41. Pas d'antécédents héréditaires. Il aurait été atteint de méningite vers sa douzième année ; ne boirait pas. Caractère scrupuleux et soupçonneux. Comme secrétaire de mairie a eu à un certain moment l'obsession d'être inférieur à sa tâche, d'avoir commis des indélicatesses.

Dans le courant de 1939, il aurait eu, pendant quelques jours, un peu de dépression et des idées de persécution.

Le 5 septembre, sa femme l'a trouvé songeur ; le soir

il lui a dit qu'il croyait que ses camarades le prenaient pour un espion.

A son arrivée à l'asile il se montre difficile, avec impulsivité. Hallucinations auditives et même visuelles. Entend sa femme qui crie dans la cour et dans l'escalier, la voit dans sa chambre. Doit être, la première nuit, isolé et camisolé. Se dit poursuivi par des russes blancs, qu'il a déjà vus en septembre 1938.

« Je ne suis ni un espion, ni un déserteur, ni un assassin. » — « Je n'ai pas peur de mourir. »

Insomnie, faciès vultueux, conjonctives injectées de sang. Pendant la première quinzaine de son placement pleure à chaudes larmes : « J'ai l'idée fixe que je suis un espion. » On l'a pris pour un voleur quand il était secrétaire de mairie. « Je n'ai pas failli, je veux payer si j'ai failli. » Récit interminable et puéril de sa mobilisation. On voulait lui faire sauter le pont de Mayenne. Certificat de quinzaine : « Présente un accès mélancolique avec anxiété, interprétations délirantes, idées d'auto-accusation, de persécution ; idées obsédantes, « on le prend pour un espion ». Insomnie, agitation nocturne, constipation, pleurs fréquents.

Par la suite se développent des idées d'indignité : « Je suis toujours un espion, je ne dois pas vous tendre la main », idées de négation. « On lui a tout enlevé » (il montre son abdomen). Demande un couteau de cuisine, réussit à s'emparer des ciseaux de l'infirmier coiffeur et se fait une petite plaie insignifiante sur le rebord costal gauche (il voulait atteindre le cœur). Il demande à être guillotiné... qu'on lui coupe les testicules... Pousse des cris, se montre très agité, pleure et fait des grimaces mélancoliques quand on lui parle. « Tuez-moi, tuez-moi, docteur, comme vous voudrez. » Puis amélioration progressive. Le 21 octobre : figure reposée, air calme,

pupilles en mydriase. Parle de lui-même et correctement pendant quelques instants ; sur la fin de l'entretien pousse des soupirs, et se met de nouveau à pleurer.

Formes stuporeuses.

L'observation 3 se rattache à la précédente par l'évolution aiguë et par le caractère, ici évident, de développement sur un terrain prédisposé à des réactions mélancoliques.

Mais elle offre la singularité d'être, au lieu d'une forme délirante, une forme stuporeuse aiguë.

Elle est, à ce point de vue, particulièrement intéressante. La stupeur, sidération complète — en apparence tout au moins — avec état général grave, est, en effet, assez rare en tant qu'affection mentale.

OBS. 3. — F... Joseph, 70 ans, meurt à l'hôpital psychiatrique de Mayenne le 22 septembre 1939.

Son père aurait été interné, et l'une de ses sœurs était psychiquement anormale. Lui-même fait un premier séjour à l'asile à l'époque de son service militaire, séjour sur lequel les renseignements manquent.

En août 1914, lors de la mobilisation de son patron, on doit à nouveau l'hospitaliser pour « agitation extrême, propos délirants, tentative de suicide puis prostration ».

A l'asile il est halluciné, anxieux, tourmenté d'idées d'indignité, croyant que personne ne veut plus le voir. Il reste longtemps replié sur lui-même ; puis, classé comme « déprimé mélancolique », et refusant de quitter l'asile, il mène une existence calme, travaillant à la forge de l'établissement, serviable et docile, guéri en apparence.

En fin août 1939, il se montre très affecté par les rumeurs de guerre. A l'annonce de la mobilisation il est atterré, effondré, découragé, sans aucun ressort. Il cesse ses conversations, s'isole, devient anéanti et abandonne le travail. Il perd l'appétit, absorbe peu d'aliments, puis entre dans un état de stupeur qui provoque son admission à l'infirmerie (10 septembre 1939), il ne parle pas, refuse les aliments, est constipé, fait un peu de fièvre (38°).

Les jours suivants la dépression s'accroît, la stupeur augmente. Le malade n'ouvre pas les yeux quand on lui parle. Il n'accepte que l'alimentation liquide, qu'on doit le forcer à absorber. Mutisme complet, immobilité au lit.

Voies digestives saburrales (18 septembre). Apparition de gâtisme (20 septembre). Hypothermie à 36°, stupeur profonde. Le malade s'affaiblit rapidement, ne réagit plus à aucune sollicitation, et meurt de marasme dans la stupeur.

Dans l'épisode qui entraîna la fin du sujet, on ne saurait parler de délire. Cependant, quoique mal extériorisé, le malade est bien un mélancolique, ses antécédents en font foi.

Dans les deux cas, délirants et stuporeux, si le malade survit, la guérison de la psychose est rapide. Mais une récurrence est possible qui, cette fois, peut prendre la forme d'une mélancolie vraie.

Formes dysthéniques

De par l'instabilité de leurs tendances mélancoliques, les affections dysphréniques ne risquent guère

d'être confondues avec la mélancolie psycho-génétique.

Il n'en va plus de même pour les affections dysthéniques.

Celles-ci peuvent présenter le tableau d'un état mélancolique constant et prolongé ; mais cette mélancolie procède d'une chute simultanée des tonus physiques et mentaux qui lui donne un cachet particulier.

— La perception vague de son impuissance entraîne le sujet vers un délire de déchéance globale pouvant, mais seulement de façon secondaire, amener des idées larvées d'auto-accusation.

— L'anidéation s'accompagne d'une confusion non dans les perceptions, mais dans les idées, qui provoque un délire terne et chaotique ne se renouvelant pas, non par l'effet de la prééminence des idées affirmées comme chez le mélancolique légitime, mais par celui de la paresse intellectuelle du sujet.

L'asthénique, en général, se présentera, tant dans son attitude que dans ses propos et ses écrits — qui sont rares — plus comme un confus que comme un mélancolique. Il y a cependant des exceptions ; le délire peut être brillant. Mais il n'est pas amorcé par un chagrin.

Nombreuses sont les variétés de mélancolies par adynamisme. Leur classification est cependant facile, calquée sur celle de l'origine des asthénies. On peut ainsi les diviser en deux grands groupes :

1° Asthénies mélancoliques de terrain ;

2° Asthénies mélancoliques occasionnelles ou acquises.

FORMES DYSTHÉNIQUES MÉLANCOLIQUES DE TERRAIN.

Dans la première catégorie entrent deux affections très différentes quant à leur mode d'apparition.

1) — Certains sujets, représentant l'antithèse des hypomaniaques, offrent une dépression constante plus ou moins marquée. Ce sont généralement des dégénérés mentaux, susceptibles de faire de véritables crises délirantes sous l'effet d'un traumatisme affectif ou d'une déficience physique.

Le diagnostic peut être délicat avec la mélancolie émotionnelle pure. Lors d'un accès provoqué par un chagrin on ne pourra le plus souvent conclure qu'à la prédominance de l'asthénie sur la mélancolie, en se basant sur les antécédents et l'attitude du sujet. Si l'accès se répète, le diagnostic, par la suite, sera facile.

Il sera facile également, même en cas de délire bien imagé, lorsqu'aucune émotion suffisante n'apparaîtra à son origine.

Ces cas d'individus pusillanimes, velléitaires, scrupuleux à l'excès, constamment indécis et tourmentés, sont du reste à la limite du normal qu'ils retrouvent le plus souvent rapidement après un délire fugace.

2) — Les maniaco-dépressifs sont trop connus pour que nous nous puissions croire obligé de les décrire ici.

Entre la constante hypersthénie des hypomaniaques et l'hyposthénie continuelle des dépressifs congénitaux, ils représentent un élément instable évoluant d'un excès à l'autre. A ce propos, il est bon de souligner la justesse des vues de TASTEVIN qui oppose le maniaque non au mélancolique, mais à l'asthénique, notion nouvelle à son époque, et du plus haut intérêt.

Si sur ces affections constitutionnelles la thérapeutique est à peu près inactive, ou ne peut être tout au plus que symptomatique, il semble qu'il puisse en être autrement pour la deuxième catégorie des mélancolies hypothéniques, celle des asthénies mélancoliques acquises.

FORMES DYSTHÉNIQUES MÉLANCOLIQUES ACQUISES.

Ici la prédisposition peut exister. Elle peut aussi faire entièrement défaut. L'atteinte organique est, au contraire, prééminente, et c'est elle que l'on doit traiter.

Celle-ci peut être réalisée par une affection anergisante, mais surtout par des troubles de la sphère génitale, en particulier psychoses de la puberté — difficiles à dissocier d'un début de démence précoce —, psychose de la ménopause pré et post-ménopausique, observation 4 —, psychoses du *post partum* et du *post abortum*, semblant conditionnées par un retard ou rétablissement normal du cycle endocrinien, perturbé par la gestation. Elles apparaissent dans la deuxième quinzaine qui suit l'accouchement

et présentent parfois nettement le caractère de mélancolie confusionnelle, avec habitus typique. Le traitement endocrinien peut amener, avec le retour des règles, test de la normalisation organique, le rétablissement d'un psychisme normal.

L'observation 5 est un bel exemple de cette affection.

OBS. 4. — La femme B..., 47 ans, entre à l'hôpital psychiatrique de Saint-Jacques, en avril 1938. Antécédents mentaux chargés : père mort à l'asile en 1919, mère internée en 1913, un frère suicidé par noyade en 1936. Elle-même serait bien portante. Elle aurait été bien réglée jusqu'en 1935. Mariée à 32 ans, elle est mère d'un enfant actuellement âgé de 10 ans. Avant la naissance de celui-ci elle aurait fait une fausse-couche à un mois et demi, avec albuminurie. Ménoposée depuis la fin de 1938, elle avait eu auparavant des troubles menstruels, pendant environ dix-huit mois. Déjà internée six mois en 1936-37.

L'attitude est figée, un pli barre le front. Réticente, elle ne parle qu'à peine, d'une voix monocorde. — « Mon père est venu à l'asile parce qu'il avait perdu la raison. » — « C'est pas fini ? » — « Je voudrais retourner chez nous. »

Q. — Vous avez l'air abattue ?

R. — C'est les nerfs, comme d'habitude.

Q. — Vous semblez énervée ?

R. — Que je tripote mon mouchoir, qu'est-ce que ça peut faire ? Pensez-vous que je pourrai m'en retourner ?

Q. — Avez-vous une raison d'être triste ?

R. — Pas plus que ça... c'est la maladie... Est-ce que l'on sait comment ça vient la maladie, une maladie qui vous prend... n'importe laquelle ?

Q. — Quand vous êtes rentrée chez vous, est-ce que tout allait bien ? (Silence.) Même question.

R. — Ça n'allait pas très bien.

Q. — Pourquoi ?

R. — A présent je me trouve bien, je n'ai pas besoin d'être là.

Q. — Depuis quand votre frère est-il mort ?

R. — Je ne sais pas... 4, 5 ans peut-être... Je n'ai plus rien à vous dire.

Accuse des maux de tête et une vague constriction épigastrique, lors des crises « passées ».

OBS. 5. — La femme J..., 30 ans, entre à l'hôpital psychiatrique de Mayenne avec le diagnostic de « folie puerpérale ».

Pas d'antécédents, enfance normale, pas d'affections physiques graves. Caractère calme et égal, bonne ménagère.

Menstruations constamment régulières. Mariée à 26 ans, elle est mère à 28 ans d'un enfant sain. Les couches et leurs suites sont normales, lactation impossible par défaut de sécrétion mammaire. Reprise de la menstruation au bout de six semaines. En juillet 1938, elle est enceinte pour la seconde fois. La grossesse se passe normalement. L'accouchement a lieu le 10 avril 1939, à terme. Fillette de 6 livres 1/2, actuellement saine. Tout se passe normalement, elle se lève au treizième jour et sort au seizième. La lactation, cette fois encore, ne se fait pas.

Le 7 mai (27 jours après l'accouchement) la femme, jusque-là parfaitement normale, se plaint d'asthénie. Elle prétend ne pas pouvoir marcher, et s'alite ; elle présente quelques sudations profuses ; mais rapide-

ment la santé physique se rétablit ; le sommeil est mauvais, mais l'appétit est conservé, et il n'y a pas d'amaigrissement.

Par contre, il se développe une psychose mélancolique avec délire puéril, idées de mort, négativisme, puis refus d'alimentation, indifférence à l'égard des siens. La malade est calme, avec des périodes d'excitation. Anxiété, idées vagues de culpabilité. Troubles psychosensoriels. L'ensemble est vague, flottant, sans consistance. Attitude niaise, ralentissement psychique évident.

A partir du 8 juin 1939, administration pendant vingt jours d'un extrait total d'hypophyse. Cinq jours après ce traitement, menstruation normale, suivie d'un retour rapide des facultés intellectuelles.

De ces deux malades, l'une présentait de façon évidente une prédisposition familiale. L'autre offrait un terrain en tout point normal. Mais chez les deux sujets, tout affirmait l'origine organique et le diagnostic était en somme aisé.

Formes dysthymiques.

Dans les formes dysthymiques est la mélancolie légitime, sur laquelle il nous faudrait insister particulièrement.

Non seulement elle représente l'objet de cette étude, mais son diagnostic, parfois délicat, permet, lorsqu'il est posé de façon ferme, d'adopter vis-à-vis d'elle une attitude thérapeutique souvent très efficace.

Nous signalerons son tableau clinique et les différentes formes qu'il peut affecter.

Nous tenterons ensuite d'exposer comment la mélancolie peut se présenter chez les sujets jeunes, dégénérés mentaux, et de fixer la frontière de ces états avec le pseudo-mélancolies qui peuvent marquer le début d'une démence précoce.

LA MÉLANCOLIE LÉGITIME.

Étiologie. — La cause déterminante est un chagrin. Celui-ci est net, réel. Il a profondément affecté le sujet. Ce peut être un deuil, un revers de fortune, un accident ou tout autre chose. L'interrogatoire du malade et celui des proches ne doivent laisser aucun doute quant à la force du choc émotionnel éprouvé. Cette enquête devra donc être minutieuse et réunir tous les éléments qui permettront sans conteste d'affirmer qu'il y avait dans l'événement motif à une douleur morale intense. Elle révélera fréquemment — et c'est le cas de notre observation princeps — l'existence d'un premier traumatisme assez récent, susceptible d'avoir, en quelque sorte, « sensibilisé » le sujet.

A cette cause déterminante peuvent s'associer des conditions organiques favorisantes : convalescence, ménopause, involution sénile, état physique déficient. Mais elles ne sont nullement indispensables et jouent un rôle de second plan.

Une prédisposition constitutionnelle, fréquemment

relevée par l'étude des antécédents et des collatéraux, est, à notre avis, plus intéressante.

Mais, dans les cas typiques tout au moins, elle ne semble être qu'accessoire. Chez de nombreux mélancoliques émotionnels le terrain est en tous points normal ; lorsqu'une tare est retrouvée, rien ne prouve qu'elle ait conditionné impérieusement l'apparition de la maladie. Tout au contraire, il apparaît que, sans le choc émotif, elle aurait pu ne jamais se faire jour chez un sujet dont jusque-là l'équilibre thy-mique avait semblé normal.

Nous avons spécifié qu'il s'agit ici de cas typiques. Nous verrons plus loin que la notion dite de la dégénérescence mentale donne au terrain une toute autre importance.

Invasion. — Après le choc, le sujet passe par une phase de chagrin encore normale et plus ou moins prolongée. Il « rumine » son malheur, entretient sa tristesse par une évocation de tous les instants, qui devient obsession, et provoque des désordres organiques : perte du sommeil, de l'appétit, troubles des fonctions digestives s'accompagnant bientôt de l'épigastralgie caractéristique.

Puis le sujet, se complaisant dans ses réflexions moroses, en vient à s'enfermer dans son deuil, recherchant la solitude, manifestant son impatience vis-à-vis des étrangers qui cherchent à s'imiscer dans le domaine où il veut vivre seul, et dont la maladresse et l'incompréhension l'irritent.

Etat. — Les hallucinations psycho-sensorielles apparaissent et le délire s'installe, ouvrant la période d'état.

Faut-il rattacher les manifestations de l'automatisme mental d'où procède le délire à la thèse organiciste de DE CLÉRAMBAULT ? Selon lui une psychose hallucinatoire passerait par deux stades : l'un d'automatisme, occupé par des hallucinations ; l'autre de délire dans lequel le malade interprète ses hallucinations en les attribuant à des influences externes. Il affirme : 1° que le délire n'est qu'un épiphénomène, une superstructure ; 2° que dans l'automatisme les phénomènes thématiques (hallucinations auditives et psychomotrices) sont plus tardifs que les phénomènes de pur mécanisme idéo-verbal, dont le type est l'écho de pensée. D'où il infère : 3° que ce mécanisme, et toute la psychose avec lui, sont d'origine somatique, les processus psychiques n'étant que subsidiaires, secondaires, fragmentaires.

Il semble qu'il y ait là une certaine outrance, et il nous apparaît plus logique d'admettre, avec les psychanalistes, que l'automatisme mental ne relève pas d'associations cellulaires fortuites, mais qu'il est « fabriqué totalement en dehors de la conscience du malade avec pour ressort l'affectivité refoulée » (DALBIEZ : La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne, I, 539). Il serait donc la manifestation d'une réaction inconsciente de défense du sujet à l'envahissement conscient du chagrin. Quant au délire, il procéderait, selon le même auteur, de la

« projection » : « Le sujet se défend contre l'invasion d'un automatisme opposé à son idéal personnel en l'attribuant à autrui » (*Idem, loc. cit.*).

Il n'y a cependant pas décalage brutal entre l'état second délirant et le chagrin primitif. Le sujet tente de lier les deux phases de son psychisme et l'évolution des limites du normal au pathologique se fait selon un mécanisme que nous explique mieux que toute description l'analyse d'une observation. Celle de notre malade choisie pour type de description est à ce point de vue très caractéristique.

Les thèmes délirants prennent ici toute leur ampleur. L'activité intellectuelle est manifeste. On la sent, sous le masque buté du malade réticent, au front barré de l'omega classique, comme à travers ses discours où, inlassablement, revient le thème de la culpabilité, associé à toutes les manifestations ordinaires du syndrome mélancolique ; la notion de déchéance prend ses racines à la limite de l'inconscient. Notre malade évoque ainsi les « impuretés de son enfance », et surtout toutes ces fautes oubliées « mais que le bon dieu connaît bien ».

Lorsqu'au délire d'auto-accusation vient s'ajouter celui de damnation ou celui de possession, le sujet, écrasé par la sensation d'un châtiment prochain, proportionnel à ses crimes, se débat entre les mains de la force qui le domine ; la puissance de cette forme anxieuse est parfois impressionnante. Le sujet vit dans un cauchemar où s'intègrent toutes les perceptions par le jeu d'interprétations délirantes, et qui

s'extériorise par des cris, des gémissements suivis de prostration ou, au contraire, par une lourde résignation, plus tragique encore.

Cette période active se poursuit pendant une durée variable, de quelques mois en général.

Déclin. — Puis le sujet entre dans une troisième phase, de ralentissement psychique, avec persistance des thèmes vésaniques qui vont en se désagrégeant. Cette phase peut mener à la guérison parfois de façon rapide, ou se prolonger indéfiniment sans que, toutefois, tout espoir soit perdu de voir le malade retrouver un psychisme dans lequel, comme en cas de guérison rapide, ne subsistera qu'une « cicatrice morale » insignifiante.

Mélancolie avec négativisme. — Syndrome de Cottard. — Parfois encore, par un mécanisme complexe, le délire mélancolique évolue vers une forme très curieuse, décrite par COTTARD, le délire de négation. Celui-ci s'insinue progressivement à travers l'état d'auto-accusation auquel il finit par se substituer entièrement.

Les malades n'ont plus de système digestif, plus de cœur, plus d'intestin, plus d'organes génitaux. Ils ne conservent plus de la mélancolie vraie que la possibilité d'évoluer vers une guérison quasi complète. Ils restent soumis aux indications thérapeutiques de la forme typique. Cette forme clinique était déjà reconnue comme telle par GALLIEN qui, dans ses quatre exemples de mélancolies, présentait un syndrome de Cottard.

Mélancolies émotionnelles atypiques. — Dans toutes ces mélancolies, la psychose, qu'elle qu'en soit l'allure, évolue chez un sujet jusque-là normal, à la suite d'un traumatisme émotionnel sérieux. Le diagnostic est relativement aisé.

Dans la forme de mélancolie émotionnelle que nous allons étudier maintenant, il n'en va plus de même.

Il y a eu cependant choc moral à la base ; mais ce choc peut-il être invoqué comme facteur étiologique dominant ? Le terrain — sujet généralement jeune, instable, plus ou moins manifestement dégénéré — ne lui a-t-il pas donné une ampleur sans rapport avec son importance réelle ? Est-ce de la mélancolie, est-ce le premier symptôme d'une affection d'un tout autre ordre, d'une démence précoce ?

Obs. 6. — Georgette L..., 30 ans, rentre le 18 février 1938 à l'hôpital psychiatrique de Mayenne. Le père était enfant assisté. La mère a eu 11 gestations, 4 se sont terminées par des fausses-couches.

Le développement physique de la malade fut normal. Au moral elle aurait été d'un caractère renfermé, instable ; sujette à des sautes d'humeur et d'affectivité.

Elle se place à Paris en 1935, pour en revenir brusquement en 1939, en pleine crise délirante.

Pendant son séjour dans cette ville, elle aurait retrouvé une amie intime, mariée. Trois mois avant sa fugue, elle aurait eu des rapports avec l'époux de cette femme.

Elle raconte avoir été attirée au domicile de cet homme, séquestrée et violée. A la suite de ces faits, il lui aurait proposé d'abandonner pour elle sa femme et son

enfant. Rien d'anormal, à l'époque présumée de ces faits, n'aurait été constaté dans son attitude. Cependant le 6 février 1937 elle quitte le domicile de ses maîtres sans prévenir personne, et rentre chez elle à l'improviste. Sa mère prétend avoir été frappée à son arrivée par sa faiblesse, son état de maigreur « squelettique », par son attitude et son langage. « On est en peine de savoir où que je suis, dit-elle, pourvu que les gendarmes ne viennent point. » Elle semble prostrée et fait difficilement à sa mère le récit des événements.

Les jours suivants elle reste triste, refuse la nourriture, n'accomplit aucun travail. Elle ne dort presque pas, et crie la nuit : « Je ne suis plus à moi, on va me chercher, il (son amant) va mettre les gendarmes après moi. »

Elle ne parle pas de mettre fin à ses jours, se raccroche de façon presque malade à ses proches, mais fuit les étrangers, non par un sentiment de culpabilité vis-à-vis de son amie (elle s'est toujours jugée victime de son séducteur), mais parce qu'elle a honte de son attitude actuelle, de dévoiler son désarroi ; elle ne veut pas « avoir l'air d'une fainéante vivant aux dépens de sa famille ». Cette dernière préoccupation cristallise ses tendances mélancoliques. Elle vient très probablement de l'attitude particulièrement incompréhensive de sa mère qui la supporte difficilement, et dont elle n'a que des rebuffades. Celle-ci exige à plusieurs reprises son départ, et lui trouve une première place où elle ne reste que cinq jours, déclarant ne vouloir vivre que près des siens.

Une deuxième tentative de placement est faite en janvier 1938, avec le même résultat.

A son retour, elle se plaint de son abandon : « Tu me parles dur, maman » — et manifeste ses premières

intentions de suicide. « Je ne veux point partir, je veux rester avec toi ; tu ne veux pas maman, ma vie n'est point belle, autant finir. » — On décide de la conduire à Laval chez une cousine qui l'occupera. Elle ne manifeste aucune émotion ; mais au matin du départ, profitant de l'inattention, elle se jette dans une mare profonde de trois mètres. Conduite cependant à Laval, elle semble s'améliorer. Sa mère, préparant son entrée à l'asile, va la voir, et est frappée de son changement de caractère, de sa gaité relative. Elle accepterait, dit-elle, de travailler chez ses sœurs. C'est sous ce prétexte qu'elle est amenée à Mayenne.

A l'asile, elle manifeste encore quelques phobies. « Quand je vois quelqu'un, cela me fait peur. J'ai peur que les gendarmes ne viennent me prendre. » Se plaint de souffrir de la tête, ne dort pas bien. Lorsqu'on lui parle de sa tentative de suicide, elle prétend « ne pas savoir ce qu'elle faisait ». A la quinzaine semble améliorée, bien que présentant encore des moments de tristesse avec crises de larmes. « Je ne suis pas comme j'ai été, dit-elle, mais il y a du mieux. » Elle dort et s'alimente convenablement, et réclame sa sortie.

Par la suite elle s'occupe, se montre calme le plus souvent. Mais elle est réticente, inquiète, pleure par instants, et confie à ses compagnes, qu'elle fuit en général, qu'« on lui cache quelque chose qui n'est pas ordinaire », que « sa famille est contre elle, et l'a trahie » — qu'« on a dû croire qu'elle était jalouse de voir mes frères se marier ». Son anxiété instable se traduit à deux reprises par un raptus pantophobique avec crise d'agitation, suivi d'une période de prostration.

Le 14 octobre, son médecin traitant note : « La malade est entrée à l'infirmerie le 19 septembre pour une diarrhée persistante avec légère élévation de tempéra-

ture. Depuis, son état mental s'est notablement amélioré. Néanmoins sa mémoire reste encore un peu obnubilée au sujet des circonstances qui ont nécessité son placement. Il est évident qu'elle a été hallucinée à un moment donné, et qu'elle prenait ombrage de tout ce qui se passait autour d'elle. Actuellement elle travaille très régulièrement, mais parle très peu, et semble toujours un peu triste, préoccupée. Elle manifeste le désir de partir, mais sa sortie serait encore prématurée. »

Cette observation peut servir de liaison entre la mélancolie légitime et les épisodes mélancoliques des schizophrènes.

Si l'on y rencontre des idées d'indignité apparues après une émotion douloureuse — le viol invoqué —, on y devine surtout l'instabilité morbide du fond mental, cette angoisse de l'être qui sent en lui et autour de lui le vide se creuser, qui se raccroche puérilement à ceux qu'il croit susceptibles de le défendre contre l'envahissement de cet inconnu qui va l'emporter, et qui, rebuté, va se replier sur lui-même, indifférent à un univers qui n'est plus le sien, pour vivre désormais dans son « autisme ».

MÉLANCOLIE DES SCHIZOPHRÈNES.

Nous avons constamment relevé dans cet essai la prédisposition congénitale.

Son importance est indiscutable, et le déterminisme psychologique qu'elle implique pourrait revendiquer la quasi totalité des cas de mélancolie.

Cependant, cette tendance morbide, pour s'extérior-

riser, exigeait, dans les affections plus haut citées, l'appoint de facteurs organiques ou psychiques propres à chaque variété, et caractéristique de celle-ci.

Dans la schizophrénie, au contraire, la mélancolie, lorsqu'elle apparaît, naît d'une dysthymie essentielle, par intellectualisation. Un trauma émotif peut être invoqué par le malade. Il faut savoir le ramener à sa juste valeur par l'enquête auprès du milieu. Le plus souvent, le sujet crée sa psychose, véritable « cancer affectif », l'entretient par des éléments qu'il puise directement dans son « moi ».

C'est plus une attitude autistique, une manifestation de narcissisme moral qu'une réalité chez un malade dont le caractère fondamental est précisément l'indifférence émotionnelle.

Si le sujet semble se prendre à son propre jeu, par une sorte d'hystérie intellectuelle, l'introspection délirante suivra bientôt un autre cours et l'entraînera vers une attitude différente, sinon opposée.

PSYCHOTHERAPIE DE LA MELANCOLIE VRAIE

Le temps nous étant malheureusement limité, nous devons être bref quant aux notions thérapeutiques.

Nous nous bornerons à quelques indications touchant à la psychothérapie de la seule mélancolie psycho-génétique, laissant délibérément de côté les traitements symptomatiques et organothérapiques de cette affection, qu'il nous serait impossible d'exposer ici malgré leur intérêt certain.

Dans la période prémonitoire, période du chagrin, le malade doit être entouré de soins attentifs. L'entourage doit s'efforcer de rompre le cours de la douleur, d'éloigner l'obsession par des dérivatifs appropriés. Ce rôle est souvent négligé par ceux-là mêmes à qui il incomberait au premier chef. Ainsi pour le sujet de notre observation n° 6 la réaction hostile de la mère a certainement favorisé l'évolution vers l'autisme.

A ce stade le spécialiste ne sera pas, le plus souvent, consulté.

Son rôle commencera lors de l'établissement de la période d'état.

Nous envisageons le traitement à cette époque sur

des bases empruntées aux méthodes psychanalytiques.

Il faut tout d'abord s'assurer de quelques éléments indispensables qui permettront de retrouver les origines de la lésion. Nous les trouverons :

1) — dans une étude approfondie des antécédents du malade, de sa vie antérieurement au traumatisme affectif.

2) — dans celle de la nature même de l'émotion que nous situerons sur le plan de la personnalité du sujet.

3) — dans celle de la forme et de l'évolution du chagrin.

Nous approfondirons la connaissance de ces faits par des recoupements entre les données obtenues du malade et celles fournies par l'entourage. Le malade seul, au cours des interrogatoires, nous permettra

4) — d'analyser l'état second délirant. Nous nous efforcerons de déceler l'essentiel des thèmes obsessionnels et d'intégrer les éléments régressifs au « moi » du sujet. Ceux-ci peuvent fournir de précieuses indications quant au mécanisme de la déviation psychique.

Ce mécanisme lui-même est le suivant :

Il y a substitution d'un délire d'auto-accusation au chagrin. Les idées d'accusation sont d'abord volontaires, ce qui prouve la nature défensive du processus. Leur charge affective provoque les manifestations d'automatisme mental, qui, à leur tour, par projection — phénomène exposé plus haut —, engen-

drent le délire. Celui-ci est amorcé par l'association des concepts de faute et de châtement, le châtement étant une douleur analogue à celle que subit le malade (juxtaposition). Par suite la nature du délire sera moulée sur celle du chagrin, et ses manifestations, une fois épurées des acquisitions secondaires, donneront, sur la façon dont le chagrin était envisagé par le malade, de précieuses indications.

Le but recherché sera le « défoulement », retour, à partir de l'état second, à l'état premier antérieur à l'apparition du délire.

Ce passage du thème délirant au thème tristesse simple primitif, sera difficile à obtenir, en particulier si la maladie est déjà ancienne, et ceci pour deux raisons :

1) — le délire a pris la forme d'une « habitude morbide ». C'est une « force psychique » dans laquelle, aux manifestations premières, se sont ajoutées des notions accessoires et accidentelles, qu'il faudra découvrir et éliminer.

2) — le chagrin primitif aura lui-même « régressé ». Il faudra retrouver son caractère de façon à lui rendre autant que possible son aspect originel, en faire à nouveau le « chagrin premier » que le malade pourra reconnaître comme tel.

Ce travail d'épuration des thèmes suivra l'étude du malade que *l'on fera parler*. On lui fera dérouler lui-même, et en sens inverse, sa propre psychose. On vérifiera la valeur des éléments recueillis par les procédés : de l'évocation, en relevant les raison-

nances qu'ils peuvent avoir sur le psychisme ; de la similitude par exemple, chez la malade de notre observation 1. Certaines idées de damnation s'associaient très certainement à celles des suicides de sa mère et de son fils qui, par leur acte, s'étaient damnés ; de la fréquence et de la convergence.

On devra reprendre fréquemment, patiemment, ce monologue dirigé, et ce n'est qu'au bout d'un temps assez considérable que le faisceau, chaque jour accru, sera suffisant pour révéler complètement le sujet à lui-même et obtenir un résultat.

Les effets de l'interrogatoire sont d'ailleurs directement utiles et détendent le malade.

CONCLUSIONS

Notre intention, en commençant cet ouvrage, était d'exposer cliniquement une question intéressante surtout par la fréquence avec laquelle elle se présente.

Une bibliographie extrêmement restreinte — un livre du Docteur BENON et un opuscule de psychanalyse —, des conditions de travail défavorables, nous ont conduit à modifier ce dessein, en nous obligeant à chercher les lignes directrices dans la conception que nous nous faisons de la psychopathologie, et à les étayer par les données qu'avait pu nous fournir notre contact avec les malades des hôpitaux psychiatriques.

Nous avons donc envisagé la question sous l'angle « application des méthodes psychopathologiques à l'étude de la mélancolie légitime », et nous résumons notre essai dans les conclusions suivantes :

I. — Il existe une mélancolie légitime, née d'un chagrin intense et prolongé, caractérisée par un syndrome délirant avec prédominance d'idées d'auto-accusation, le délire étant conditionné par des hallucinations psychosensorielles.

II. — Cette mélancolie s'est individualisée :

a) par la réalisation du « syndrome mélancolique » ;

b) par l'élimination dans ce syndrome de formes voisines, et plus particulièrement de celles relevant de l'asthénie physico-psychique ;

c) par la découverte de son évolution à partir d'un chagrin réel né d'un traumatisme affectif.

III. — Cliniquement les formes du syndrome mélancolique peuvent apparaître comme :

a) des dysphrénies et n'être que l'élément principal d'une affection aiguë ou chronique à manifestations polymorphes ;

b) des dysthénies, conditionnées par une atonicité physique et intellectuelle, congénitale ou acquise, du sujet ;

c) des dysthymies, résultant d'une déviation morbide de l'affectivité. Celle-ci peut provenir :

— d'une prédisposition congénitale : formes mélancoliques de la schyzophrénie ;

— d'un chagrin consécutif à un choc affectif, mélancolie vraie sous ses différents aspects : forme typique, syndrome de Cottard, mélancolie vraie atypique des dégénérés mentaux.

IV. — La mélancolie vraie relève d'une psychothérapie par « défolement ». On tiendra compte, de ce que :

— le chagrin a provoqué des idées de culpabilité, par un mécanisme de défense ;

— sur les idées conscientes d'auto-accusation, et par le ressort du chagrin refoulé, des phénomènes d'automatisme mental sont apparus ;

— ces hallucinations psycho-sensorielles, par « projection », ont provoqué le délire ;
pour faire retrouver au malade, au delà de ce délire, le chagrin refoulé et avec lui un psychisme normal.

Vu :

LE DOYEN :

TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



